

Ministerio de Salud  
Dirección General de Salud Pública  
Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
**SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE INSTALACIONES DE SALUD**

**1. DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN DE SALUD**

- Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_
- Registro único: \_\_\_\_\_ *(espacio para uso del MINSA)*
- Tipo de solicitud:  Nueva  Renovación  
*En caso de solicitar renovación, adjuntar resolución anterior que otorga el permiso de operación y funcionamiento.*
- Tipo de instalación de salud:

**Instalación Privada**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital      | <input type="checkbox"/> Laboratorio       |
| <input type="checkbox"/> Clínica       | <input type="checkbox"/> Consultorio       |
| <input type="checkbox"/> Centro Médico | <input type="checkbox"/> Servicio de Salud |

**Instalación Pública**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sub-centro de Salud    | <input type="checkbox"/> Hospital           |
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud        | <input type="checkbox"/> Instituto de Salud |
| <input type="checkbox"/> Policlínica/Policentro | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |

- Dirección: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Página web: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

- Nombre completo: \_\_\_\_\_
- Cédula de identidad personal: \_\_\_\_\_
- Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA**

**Certificado de Operación:**

- No. de aviso de operaciones: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio de operaciones: \_\_\_\_\_

#### 4. DESCRIPCION DE LA INSTALACION DE SALUD

Detalle de las diferentes áreas de atención (si ofrece el servicio), servicios auxiliares y de apoyo en que se divide la instalación de salud (marque todos los que correspondan):

- Área de registros médicos o archivo clínico
  - Área de recepción de pacientes con sus facilidades.
  - Área de consultorios
  - Cuartos de urgencia
  - Salas de hospitalización con estación de enfermería y espacios para trabajo limpio y sucio (cuarto de procedimiento, área de almacenamiento de insumos y materiales, cuarto séptico, cuarto de aseo, área de almacenamiento de ropa sucia y desechos bioinfecciosos).
  - Salón de operaciones
  - Unidad de cuidados intensivos
  - Sala de labor y partos
  - Área de neonatología
  - Central de esterilización
  - Servicio de Odontología.
  - Área de farmacia (servicio al público de dispensación de productos farmacéuticos).
  - Área de radiología e imagenología.
  - Área de laboratorio clínico.
  - Área de fisioterapia
  - Banco de sangre
  - Área de hemodiálisis
  - Área de morgue
  - Área de nutrición y dietética
  - Área para almacenamiento de equipos e insumos médico-quirúrgicos.
  - Área de lavandería
  - Área de aseo y mantenimiento
  - Área para gestión de residuos sólidos hospitalarios con área de almacenamiento temporal de los residuos comunes y peligrosos
  - Servicio de ambulancias
  - Otras áreas o servicios de la instalación de salud:
- 
- 
-

## 5. Declaración y Firma

Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es veraz y que la instalación de salud cumple con los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos por la normativa vigente.

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre de quien recibe en el MINSA:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_